

Certificación del proveedor médico de afección
médica grave del empleado
(Ley de ausencia familiar y médica, FMLA)

Departamento de Trabajo de los
Estados Unidos
Sección de horas y sueldos



Número de control de OMB: 1235-0003

Fecha de vencimiento: 2/28/2015

SECCIÓN I: A completar por el EMPLEADOR

INSTRUCCIONES para el EMPLEADOR: La Ley de ausencia familiar y médica (FMLA por sus siglas en inglés) dispone que un empleador puede exigir que un empleado que busca protección bajo la FMLA, debido a la necesidad de ausentarse por una afección médica grave, entregue un certificado emitido por el proveedor médico del empleador. Complete la Sección I antes de entregar este formulario a su empleado. Su respuesta es voluntaria. Aunque usted no está obligado a usar este formulario, no puede pedirle al empleado que le entregue más información de la permitida por los reglamentos de la FMLA, 29 C.F.R. §§ 825.306-825.308. Los empleadores generalmente deben mantener informes y documentos relacionados con certificaciones médicas, recertificaciones o historiales clínicos de los empleados, creados para fines de la FMLA, tales como informes médicos confidenciales, en archivos/registros distintos de los expedientes de personal habituales y de conformidad con 29 C.F.R. § 1630.14(c)(1), si se aplica la Ley de estadounidenses con discapacidades.

Nombre e información de contacto del empleador: _____

Cargo que ocupa el empleado: _____ Horario habitual del trabajo: _____

Funciones laborables esenciales del empleado: _____

Marque aquí si se incluye la descripción del cargo: _____

SECCIÓN II: A completar por el EMPLEADO

INSTRUCCIONES para el EMPLEADO: Complete la Sección II antes de entregar este formulario a su proveedor médico. La FMLA permite que un empleador exija que usted entregue una certificación puntual, completa y con suficiente información médica para apoyar una solicitud de ausencia bajo la FMLA, debido a su propia afección médica grave. Si su empleador así se lo solicita, su respuesta es obligatoria para obtener o retener los beneficios recogidos en la FMLA. 29 U.S.C. §§ 2613, 2614(c)(3). Si no entrega una certificación completa y con suficiente información médica, se le podría denegar su solicitud bajo la FMLA. 20 C.F.R. § 825.313. Su empleador tiene que darle al menos 15 días de calendario para devolver este formulario. 29 C.F.R. § 825.305(b).

Su nombre: _____

Nombre

Segundo nombre

Apellidos

SECCIÓN III: A completar por el PROVEEDOR MÉDICO

INTRUCCIONES para el PROVEEDOR MÉDICO: Su paciente ha solicitado un periodo de ausencia bajo la FMLA. Responda total y completamente a todas las secciones aplicables. Varias preguntas piden respuesta acerca de la frecuencia, duración de una afección, tratamiento, etc. Su respuesta debe ajustarse a lo que usted considere basándose en su conocimiento médico, experiencia y examen del paciente. Sea lo más específico posible; términos como “toda la vida”, “desconocido” o “indeterminado” podrían no ser suficientes para determinar cobertura bajo la FMLA. Limite sus respuestas a la afección por la cual el empleado está solicitando su ausencia. Asegúrese de firmar el formulario en la última página.

Nombre y dirección de la consulta del proveedor: _____

Tipo de consulta/Especialidad médica: _____

Teléfono: _____ () _____ Fax: _____ () _____

PARTE B. PERIODO DE PERMISO NECESARIO

5. ¿Estará incapacitado el empleado durante un único periodo de tiempo continuo debido a su afección médica, incluido cualquier periodo de tiempo necesario para su tratamiento y recuperación? ____ No ____ Sí.

De ser así, calcule las fechas de comienzo y fin del periodo de incapacidad: _____

6. ¿Necesitará el empleado acudir a citas de seguimiento de tratamiento, o trabajar a tiempo parcial o con horario reducido debido a la afección médica del empleado? ____ No ____ Sí.

De ser así, ¿es el tratamiento o el horario reducido de trabajo necesario médicamente? ____ No ____ Sí.

Calcule el horario del tratamiento, si lo hubiera, incluidas las fechas de citas programadas y el tiempo necesario para cada cita, incluido cualquier periodo de recuperación.

Calcule el trabajo a tiempo parcial o con horario reducido que el empleado necesita, si así fuera: _____ hora(s) al día: _____ días por semana desde _____ hasta _____

7. ¿La afección médica causará recaídas periódicas que impidan al empleado realizar sus funciones laborales? ____ No ____ Sí.

Es necesario médicamente que el empleado esté ausente del lugar del trabajo durante estas recaídas?

____ No ____ Sí. De ser así, explique:

Basándose en el historial médico del paciente y en su conocimiento de la afección médica, calcule la frecuencia de las recaídas y la duración de la incapacidad relacionada que el paciente pueda sufrir durante los próximos 6 meses (por ejemplo, 1 episodio cada 3 meses con una duración de 1-2 días).

Frecuencia: _____ veces por _____ semana(s) _____ mes(es)

Duración: _____ horas o _____ día(s) por episodio

INFORMACIÓN ADICIONAL: IDENTIFIQUE EL NÚMERO DE LA PREGUNTA CON SU RESPUESTA ADICIONAL

